



STATE OF WASHINGTON  
**DÉPARTEMENT DES SERVICES SOCIAUX ET SANITAIRES**  
**DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES**  
**WORKING CONNECTIONS CHILD CARE (WCCC)**

Le : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
PARENT/TUTEUR

\_\_\_\_\_  
NUMÉRO DE DOSSIER

VOLET

Cher requérant :

Nous vous informons par la présente que nous avons reçu votre requête pour Working Connections Child Care (WCCC). Nous vous envoyons le présent formulaire en réponse.

**Nous étudierons votre dossier pour déterminer si vous êtes admissible à ce programme, dès que vous aurez fourni TOUTES les informations suivantes.**

- Informations sur le prestataire ou demande WCCC (vous devez **remplir** ce critère même si vous avez une activité WorkFirst) ;
- Vous devez fournir les trois derniers mois de revenu de votre foyer (par exemple des copies de votre fiche de paie, pension alimentaire, revenu de sécurité sociale, revenu supplémentaire de sécurité (SSI) et tout autre revenu perçu par un membre de votre famille). Vous devez ajouter votre calendrier d'emploi, une personne à contacter et son numéro de téléphone. Vous ne devez pas fournir une preuve de revenu dans le cas d'une assistance financière en espèces provenant de l'état (TANF).
- Si vous venez de commencer votre emploi et que vous ne possédez pas encore de fiche de paie, nous pouvons accepter une attestation de votre employeur mentionnant la date de recrutement, votre salaire (par heure, par mois, etc.) et vos horaires exacts. L'attestation doit aussi mentionner une personne à contacter et son numéro de téléphone.
- Preuve de l'ordonnance judiciaire ou administrative de versement de pension alimentaire (le cas échéant) et la vérification des paiements effectués.
- par un parent ou un prestataire à domicile, ce dernier doit remplir les conditions énumérées à la page 4 du présent formulaire et vous devez fournir les pièces suivantes du prestataire :
  - Pièce d'identité avec photo ;
  - Carte de sécurité sociale valide ou preuve que le prestataire peut travailler légalement aux États Unis , comme la Green Card ou un document d'autorisation d'emploi (EAD) ;
  - Adresse actuelle et
  - Formulaire d'autorisation pour la vérification d'antécédents DSHS 09-653. Vous pouvez recevoir ce formulaire chez l'agent autorisateur de votre dossier WCCC. **Aucun paiement ne sera versé pour tout service de garde effectué avant la date de la réception des résultats de la vérification des antécédents.**

Veuillez appeler le numéro ci-dessous si vous avez des questions.

Nom de l'agent : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone/fax : \_\_\_\_\_



Washington State  
Department of Social  
& Health Services

WORKING CONNECTIONS CHILD CARE (WCCC)

## Demande WCCC

### 1ère Partie. INFORMATIONS SUR LA DEMANDE

Les informations incomplètes pourront faire retarder l'acceptation des services et du paiement. Saisissez ou écrivez en lettres d'imprimerie.

DATE	WORKER'S NAME
LOCAL OFFICE	
TELEPHONE NUMBER	FAX NUMBER
NUMÉRO DE DOSSIER	DATE DE NAISSANCE
SSN (OPTIONNEL)	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE
ETHNICITÉ	SEXE <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin

#### NOM ET ADRESSE DU REQUÉRANT

LES ENFANTS POUR LESQUELS VOUS ÊTES RESPONSABLE ET QUI VIVENT DANS VOTRE FOYER						
NOM (DE FAMILLE, PRÉNOM, INITIALE AUTRE NOM)	DATE DE NAISSANCE	SEXE	ETHNICITÉ	NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE (OPTIONNEL)	CITOYEN AMÉRICAIN OU RÉSIDENT PERMANENT	RELATION AVEC LE REQUÉRANT
					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

#### ÉPOUSE OU SECOND PARENT OU TUTEUR DE L'ENFANT VIVANT DANS LE FOYER (OBLIGATOIRE)

NOM	DATE DE NAISSANCE	NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE (OPTIONNEL)	RELATION AVEC LE REQUÉRANT	RELATION AVEC LES ENFANTS CI-DESSUS MENTIONNÉS

#### REQUÉRANT

#### ÉPOUSE OU SECOND PARENT OU TUTEUR DE L'ENFANT

NOM DE L'EMPLOYEUR, ACTIVITÉ WORKFIRST OU ÉCOLE

NOM DE L'EMPLOYEUR, ACTIVITÉ WORKFIRST OU ÉCOLE

ADRESSE (EMPLOI, ACTIVITÉ WORKFIRST OU ÉCOLE )

ADRESSE (EMPLOI, ACTIVITÉ WORKFIRST OU ÉCOLE )

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DATE DE DÉBUT

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DATE DE COMMENCEMENT

SI VOUS ÊTES EMPLOYÉ, QUELLE EST LA FRÉQUENCE DE VOS PAIEMENTS **ET** QUEL EST VOTRE SALAIRE ?

SI VOUS ÊTES EMPLOYÉ, QUELLE EST LA FRÉQUENCE DE VOS PAIEMENTS **ET** QUEL EST VOTRE SALAIRE ?

Par semaine  Toutes les deux semaines  
 Deux fois par mois  Par mois \$

Par semaine  Toutes les deux semaines  
 Deux fois par mois  Par mois \$

Payez-vous une pension alimentaire ?  Oui  Non Montant mensuel : \$

#### SOURCES MENSUELLES DES REVENUS SALARIAUX ET NON SALARIAUX DE TOUS LES MEMBRES DE LA FAMILLE

Joignez les COPIES (des trois derniers mois) :	NOM VOUS-MÊME	NOM	NOM	NOM
Emploi (brut, avant impôt)				
Indépendant				
Assistance temporaire aux familles nécessiteuses (TANF)				
Pension alimentaire perçue				
Sécurité sociale (SSI, SSA)				
Autres prestations : VA, Handicapé, L&I ou allocations chômage				
Autre (veuillez spécifier) :				

Recevez-vous des bons pour payer votre habitation ?  Oui  Non

CALENDRIER D'ACTIVITÉ DU PARENT OU DU TUTEUR	
REQUÉRANT	ÉPOUSE OU SECOND PARENT OU TUTEUR DE L'ENFANT
ACTIVITÉ (EMPLOI, ÉCOLE, ACTIVITÉ WORKFIRST)	ACTIVITÉ (EMPLOI, ÉCOLE, ACTIVITÉ WORKFIRST)
	QUEL EST VOTRE CALENDRIER D'EMPLOI, À L'ÉCOLE, OU ACTIVITÉ WORKFIRST ?
Lundi	
Mardi	
Mercredi	
Jeudi	
Vendredi	
Samedi	
Dimanche	

À quelle date la garde d'enfant commencera t-elle ?

EMPLOI DU TEMPS DES ACTIVITÉS DES ENFANTS		
NOMS DES ENFANTS	EMPLOI DU TEMPS À L'ÉCOLE (JOURS ET HEURES EXACTS)	CALENDRIER DE LA GARDERIE (JOURS ET HEURES EXACTS)

Avez-vous un enfant ayant des besoins spéciaux ?  Oui  Non

Si oui, veuillez contacter l'agent autorisateur pour les informations relatives aux tarifs de service liés aux besoins spéciaux.

### DROITS D'AUDIENCE

Si vous contestez une décision, vous êtes autorisé(e) à demander une audience, en contactant notre bureau ou en écrivant à l'Office of Administrative Hearings, P O Box 42489, Olympia, WA 98507-2489. Vous devez demander une audience :

- le jour ou avant le jour de la date de prise d'effet de l'action en question ou au plus tard 10 jours après l'envoi de ladite action, Si vous bénéficiez maintenant des avantages et que vous souhaitez les maintenir ou
- au cours de 90 jours après la date de réception de la lettre concernée.

Lors de l'audience, vous avez le droit de vous représenter vous-même, de vous faire représenter par un avocat ou par toute autre personne de votre choix. Vous pouvez recevoir gratuitement un conseil juridique ou avoir accès à une représentation légale en contactant un cabinet juridique.

**Je déclare sous peine de parjure que les informations que j'ai fournies dans la présente déclaration sont à ma connaissance vraies, correctes et complètes et je suis avisé(e) que la falsification volontaire de ces informations à mon initiative peut m'exposer à des sanctions légales conformément aux Lois de l'État de Washington. (RCW 74.08.055)**

SIGNATURE DU PREMIER PARENT/TUTEUR

LE

SIGNATURE DU SECOND PARENT/TUTEUR

LE

### COUVERTURE MÉDICALE POUR VOS ENFANTS

Saviez-vous que vous pouvez bénéficier d'une couverture médicale et dentaire pour vos enfants ? Il n'y a pas de liste d'attente et c'est facile comme 1 - 2 - 3 !

1. Recevez-vous déjà tout autre type d'assistance de l'État comme les bons alimentaires ou une allocation en espèces ?
  - **OUI** : Appelez l'agent financier qui s'occupe de votre dossier et demandez une couverture médicale pour votre/vos enfant/s.
  - **NON** : Appelez le numéro gratuit du Children's Medical assistance au 1-800-204-6429.
2. Fournissez les informations requises à l'agent qui pourra déterminer si vous êtes admissible. Peut-être que votre dossier contient déjà l'approbation de la couverture médicale ou qu'elle peut se faire par téléphone.
3. La carte médicale vous sera alors envoyée par la poste.

**Ne perdez pas de temps, il suffit d'un coup de fil pour assurer la couverture médicale pour votre enfant !**

La discrimination est interdite dans tous les programmes et activités : aucune personne ne sera exclue en raison de sa race, sa couleur de peau, son origine nationale, ses croyances, sa religion, son sexe, son âge, son état-civil, son statut de vétéran de la guerre de Vietnam ou son éventuel handicap.



WORKING CONNECTIONS CHILD CARE (WCCC)

**DEMANDE WCCC**

**2ème Partie. INFORMATIONS SUR LE PRESTATAIRE**  
(À REMPLIR PAR LE PARENT OU LE TUTEUR ET LE PRESTATAIRE)

Saisissez ou écrivez en lettres d'imprimerie. Les informations incomplètes pourront faire retarder l'acceptation de paiement

DATE
WORKER'S NAME
LOCAL OFFICE
TELEPHONE/FAX NUMBER
NUMÉRO DE DOSSIER
NOM DU PARENT/TUTEUR
NUMÉRO DU PRESTATAIRE
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DU PRESTATAIRE
DATE DU DÉBUT DE LA GARDE

**1. NOM ET ADRESSE DU PRESTATAIRE**

Le nom et l'adresse du prestataire que vous nous fournissez sont des informations d'ordre public et pourront être communiquées à toute personne qui le désire.

NOM DU PRESTATAIRE \_\_\_\_\_

ADRESSE DU PRESTATAIRE \_\_\_\_\_

VILLE \_\_\_\_\_ ÉTAT \_\_\_\_\_ CODE POSTAL \_\_\_\_\_

**2. TYPE DE GARDE : COCHEZ LA CASE APPROPRIÉE POUR IDENTIFIER LE TYPE DE GARDE QUE VOUS OFFREZ. LE PRESTATAIRE REMPLIT LES SECTIONS 3 ET 4.**

<input type="checkbox"/> Crèche agréée	NUMÉRO D'IDENTIFICATION FISCALE OU SSN DU PRESTATAIRE	<input type="checkbox"/> Garderie familiale agréée	NUMÉRO D'IDENTIFICATION FISCALE OU SSN DU PRESTATAIRE
--	---	--	---

**GARDE NON AGRÉÉE**

Parent ou ami

**Le parent ou le prestataire peut remplir le reste du formulaire.**

SSN DU PRESTATAIRE \_\_\_\_\_

Résidez-vous à la même adresse que les enfants dont vous avez la garde ?  Oui  Non

18 ANS OU PLUS ?  Oui  Non

DATE DE NAISSANCE \_\_\_\_\_

RELATION AVEC L'ENFANT (DCS) \_\_\_\_\_

**IMPORTANT : Si vous utilisez une garderie non agréée, le parent doit remplir cette section. Des informations incomplètes occasionneront le retard du paiement.**

1. **Le prestataire est mon enfant** (naturel, enfant de mon conjoint, enfant adopté ou accueilli), il a entre 18 et 20 ans.  Oui  Non

2. **Le prestataire est mon parent** (naturel, beau-père, belle-mère, adopté ou famille d'accueil).  Oui  Non

**Si oui**, veuillez cocher ci-dessous la case correspondant le mieux (notamment à la personne demandant la garde d'enfant et non au prestataire).

Je suis :  veuf/veuve.  divorcé/e.  marié/e, séparé/e ou jamais marié/e.

Je vis avec mon époux/épouse qui est handicapé/e et qui est incapable de prendre soin de mon enfant pendant au moins 4 semaines consécutives pendant un trimestre calendaire.

3.  **Les points 1 et 2 ne s'appliquent pas à moi** (notamment la personne demandant la garde d'enfant et non le prestataire).

**3. PRÉCISEZ LES JOURS ET LES HEURES PENDANT LESQUELS VOUS PRENEZ EN CHARGE LA GARDE DES ENFANTS SUIVANTS (VEUILLEZ UTILISER LA SECTION CINQ POUR UN NOMBRE ADDITIONNEL D'ENFANTS)**

NOMS	DATE DE NAISSANCE	JOURS ET HEURES PENDANT LESQUELS LE SERVICE SERA FOURNI. VEUILLEZ PRÉCISER LES HEURES AVANT ET APRÈS L'ÉCOLE

**4. PRESTATAIRE AGRÉÉ : PRÉCISEZ VOS TARIFS QUOTIDIENS**      **PRESTATAIRE NON AGRÉÉ : PRÉCISEZ VOS TARIFS PAR HEURE.**

Quels sont les tarifs réguliers que vous appliquez aux parents ou aux tuteurs ? Vous devez fournir ces informations avant que le paiement ne soit effectué.	NOURRISSON \$ _____	JEUNE ENFANT \$ _____	FRAIS D'INSCRIPTION <input type="checkbox"/> AUCUN <input type="checkbox"/> UNE FOIS <input type="checkbox"/> ANNUELLEMENT <input type="checkbox"/> FRAIS D'EXCURSION	SI OUI, MONTANT : \$ _____ <input type="checkbox"/> PAR ENFANT <input type="checkbox"/> PAR FAMILLE (DCS) \$ _____ PAR MOIS TARIF
	MATERNELLE \$ _____	ÂGE DE SCOLARITÉ \$ _____		

**Veillez contacter l'agent autorisateur pour connaître les tarifs appliqués aux enfants ayant des besoins spéciaux.**

**Je comprends que le fait d'avoir rempli ce formulaire ne garantit pas le paiement des charges. Si la garde d'enfant est autorisée, j'accepte le paiement des tarifs usuels ou le tarif DEL, le moins élevé des deux prévalant.**

SIGNATURE DU PRESTATAIRE <input type="checkbox"/> Directeur <input type="checkbox"/> Prestataire n'étant pas membre de la famille <input type="checkbox"/> Propriétaire <input type="checkbox"/> Prestataire membre de la famille <input type="checkbox"/> Autre	LE _____	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE ET FAX (Y COMPRIS CODE RÉGIONAL)
--	----------	--

**5. VEUILLEZ UTILISER CETTE SECTION SI VOUS SOUHAITEZ AJOUTER D'AUTRES ENFANTS (VOIR SECTION 3)**

NOMS	DATE DE NAISSANCE	JOURS ET HEURES PENDANT LESQUELS LE SERVICE SERA FOURNI. VEUILLEZ PRÉCISER LES HEURES AVANT ET APRÈS L'ÉCOLE

**6. À REMPLIR PAR LE PRESTATAIRE SI LA GARDE A LIEU HORS DU DOMICILE DE L'ENFANT**

Le prestataire doit être un parent adulte. Le prestataire membre de la famille doit fournir au département les noms et dates de naissance de toutes les personnes ayant 16 ans ou plus et vivant avec le prestataire. Mentionner **UNIQUEMENT** les noms des membres de la famille ayant 16 ans ou plus et vivant dans le foyer.

NOM	DATE DE NAISSANCE	NOM	DATE DE NAISSANCE
1.		4.	
2.		5.	
3.		6.	

Je certifie que les personnes mentionnées ci-dessus ont 16 ans ou plus et vivent dans la même résidence que moi. Je comprends que ces personnes seront assujetties à la même vérification des antécédents que moi. Je comprends aussi que si une autre personne ayant 16 ans ou plus s'installe dans ma résidence pendant que j'ai une autorisation de prestataire du WCCC, je dois immédiatement notifier le parent.

SIGNATURE DU PRESTATAIRE

LE

**7. CERTIFICATION DU PARENT ET DU PRESTATAIRE**

Êtes-vous, en tant que prestataire du service, citoyen américain ou un étranger ayant l'autorisation de travailler aux États-Unis?  Oui  Non

Vous devez remplir les conditions suivantes pour être qualifié comme prestataire à domicile ou parent prestataire :

- être âgé de 18 ans ou plus.
- offrir la garde uniquement au domicile des enfants. Les enfants peuvent être gardés au domicile du prestataire du service s'il ou elle est lié/e aux enfants d'une des manières suivantes : tante, oncle, grand-parent, sœur ou frère vivant hors de la maison ou grande tante, grand-oncle ou arrière grand-parent.
- Aucun antécédent criminel disqualifiant selon WAC 170-290-0160 ou WAC 170-290-0165.
- Être physiquement et mentalement en bonne santé pour pouvoir répondre à tous les besoins de l'enfant gardé. Si le personnel du WCCC en fait la demande, le(s) parent(s) doit/doivent apporter une preuve écrite que vous êtes physiquement et mentalement en bonne santé pour assurer une garde en toute sécurité des enfants.
- Être capable de prendre soin de l'enfant sans devoir faire usage de la punition corporelle ou de l'abus mental.
- Garder l'enfant dans une maison ne présentant aucun danger.
- , la prévention et le contrôle des maladies infectieuses et les vaccinations.
- Offrir la garde permanente, la supervision et des activités nécessaires au développement de l'enfant.
- Notifier immédiatement le parent de tout avis de condamnation criminelle ou de toute accusation pendante contre vous ou toute autre personne ayant 16 ans ou plus, si la garde de l'enfant a lieu hors du domicile de l'enfant.
- Ne pas être le parent biologique, le beau-parent, le parent adoptif, le tuteur légal de l'enfant, la personne agissant en lieu et place du parent ou l'époux d'une de ces personnes.
- Avoir un dossier mentionnant la présence de l'enfant. Les dossiers doivent :
  1. montrer les jours et les heures auxquels la garde d'enfant a lieu
  2. être gardés pendant cinq ans ; et
- nous parvenir au cours des 14 jours consécutifs, si nous demandons à les voir.

## 8. CERTIFICAT DU PARENT ET DU PRESTATAIRE (SUITE)

Je soussigné, parent ou tuteur, certifie que mon prestataire à domicile ou mon parent prestataire remplit toutes les conditions requises figurant ci-dessus. Je comprends que :

- Si je ne peux pas garantir les présentes assurances, le paiement ne sera pas autorisé.
- Certains antécédents pourraient disqualifier le prestataire. Il incombe au prestataire de me dire immédiatement si ce dernier ou toute autre personne âgée de 16 ans ou plus, vivant avec le prestataire, au moment de la garde hors du domicile de l'enfant, est accusée ou condamnée d'un crime. Je suis responsable d'en informer immédiatement l'agent autorisateur du WCCC.
- **Aucun paiement ne sera versé pour tout service de garde effectué avant la date de la réception des résultats de la vérification des antécédents.**
- Je dois informer le personnel du WCCC dans un délai de 5 jours si le prestataire cesse de fournir le service de garde.
- Mon prestataire ne sera pas payé pour la garde simultanée de plus de six enfants (mêmes heures et jours).
- Je n'ai pas le droit d'avoir simultanément plus de trois prestataires à domicile/prestataires-parents qui sont autorisés pour le paiement par WCCC pendant la période de mon admissibilité. Seul l'un de ces trois prestataires peut servir de garde auxiliaire (remplacement). Je pourrais utiliser un prestataire agréé ou certifié en tant que garde auxiliaire.
- **Si les conditions d'hébergement changent entre vous et le prestataire, veuillez nous en aviser immédiatement (car ce type de changement peut avoir un impact sur le document fiscal qui sera envoyé aux prestataires pour leur service).**

**Je déclare sous peine de parjure que les informations que j'ai fournies dans la présente déclaration sont à ma connaissance vraies, correctes et complètes et je suis avisé(e) que la falsification volontaire de ces informations à mon initiative peut m'exposer à des sanctions légales conformément aux Lois de l'État de Washington. (RCW 74.08.055)**

SIGNATURE DU PARENT OU DU TUTEUR

LE

SIGNATURE DU PRESTATAIRE

LE

### TOUS LES PRESTATAIRES DE GARDE D'ENFANTS (DCS)

**En acceptant les paiements de WCCC, les prestataires acceptent ce qui suit :**

L'État se réserve le droit de retenir l'approbation ou l'autorisation pour toute demande de garde d'enfant.

**Avis au prestataire :** Veuillez noter la dernière date d'admissibilité de la famille se trouvant sur l'avis d'autorisation de paiement du Social Service Payment System (SSPS). Les prestataires agréés et certifiés peuvent contacter le personnel du WCCC pour recevoir une copie du livret d'information "Child Subsidies, A Booklet for Licensed and Certified Child Care Providers," DEL 22-877.

**Paiements additionnels :** Les prestataires agréés et certifiés n'ont pas le droit de se faire payer par les parents ou les tuteurs la différence entre le tarif appliqué par WCCC pour les services de garde réguliers et les tarifs réguliers du prestataire. Un prestataire n'a pas le droit de faire payer des paiements additionnels ou une quote-part par un tiers.

Un prestataire a le droit de faire payer un tarif supplémentaire par le client autorisé par le WCCC quand le parent ou le tuteur :

- requiert que l'enfant soit gardé pendant plus d'heures que le nombre d'heures autorisé, et cela pour des raisons personnelles (p. ex. un parent ou tuteur est venu chercher l'enfant en retard parce qu'il est allé faire des courses) ; ou
- requiert des programmes extrascolaires optionnels (p. ex. gymnastique, ballet, etc.) pour les enfants.

**Les prestataires ne sont pas des employés de l'État :** Les prestataires et leurs employés travaillant sous ce contrat ne sont pas des employés ou des agents de l'État. Le prestataire ne déclarera pas être un employé ou un agent de l'État de Washington, et il ne réclamera aucun droit, privilège ou avantage qui pourrait correspondre à celui d'un fonctionnaire conformément au Chapitre 41,06 RCW.

Les tarifs de garde d'enfant sont fixés par le Département de l'apprentissage des enfants en bas-âge (DEL) et les impôts peuvent en être retenus si nécessaire. L'État déclare les revenus de garde d'enfant au service fiscal de l'Internal Revenue Service (IRS). Les prestataires recevront un formulaire 1099 ou W-2 à la fin du mois de janvier de chaque année. Le formulaire sera envoyé à l'adresse la plus récente indiquée dans le dossier ouvert par le département.